

# 精神障害者を抱えた家族の精神的健康について

宇治郷 雅子

About the mental health of the family who had a mental patient

Masako UJIGO

【要旨】本研究は、精神障害者を抱えた家族を対象とし、精神障害者と生活してきた中で体験されてきたことを聞くことにより、家族の気持ち、精神的負担、精神的健康について検討することを目的とした。統合失調症者の親の10名にインタビュー調査を行った結果、家族は家族会に参加することで、受容や共感してもらうことにより「自分だけではなかった」と孤立感から解放され、元気を取り戻し、こころが救われると感じていることが分かった。また家族は、体験した人から話を聞くことにより、自分の中に知恵や情報を取り込みやすくなり、そのことが精神的健康を増加し、同時に支援する力を得ていると考えられた。家族は、病気を悪化させたのではないかと自身の対処に後悔し、病気や対処法を知っていればもう少し良い対処ができたのではないかと、自分を責め続け、そのために、精神的健康が損なわれていると考えることができた。家族が早期に情報を手に入れることは難しいことが明らかになったため、家族に対する病気の啓蒙を早期に行い、病気への対処法などのフォローを行うことは、家族の精神的健康を保つことに繋がると考える。

## 問 題

### 1. 統合失調症について

統合失調症は、生涯発症率0.7%～1%とされており、決して珍しい病気ではない。1899年にKraepelin, E.によってその存在が報告された頃は、「早発性痴呆一若くして呆けてしまう病気」と呼ばれ、その多くが人格の崩壊をきたす重症の転帰をとると理解されていた。しかし、現在では早期発見と早期治療、副作用の少ない抗精神病薬の開発、そして、地域生活支援の仕組みの発展などさまざまな取り組みの影響もあって、発症して10年から20年後には過半数が回復し、重度障害は20%以下と言われるまで、その予後は回復している(野末、2007)。

統合失調症は、DSM-IVによると(1)妄想、(2)幻覚、(3)まとまりのない会話、(4)ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動、(5)陰性症状すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如を特徴的症狀とし、このうち二つまたはそれ以上の症状が、おのおの一カ月の期間、ほとんどいつも存在するとされている病気と

されている (American Psychiatric Association、2000 高橋・大野・染矢訳、2002)。

### 2. 精神障害者の動向

平成7年の精神保健福祉法の改正により精神障害者の福祉施策の充実が打ち出されたとは言え、地域で精神障害者を支える資源やサービスはまだ未整備で、地域のサポートは不十分である。このような状況下での家族による患者のケアは、家族に負担を強いている(岩崎、1998)。平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業補助事業の調査では精神障害者の80%が家族と同居していると答えていることから、精神障害者を抱える家族の数は膨大になることが予想される。しかし、未だ地域生活支援システムは未整備な状況で、精神障害者を抱える家族にとっての負担は大きい。家族の負担が大きいにも関わらず、家族へ介入する場面は少ない。

家族への介入の方法の一つとして、「家族心理教育」が挙げられる。「家族心理教育」とは、再発防止に焦

点を当てた家族への教育介入であり、病気に関する知識や情報を学ぶことである。この「家族心理教育」を行うことで、家族のストレスの要因である、知識・情報およびサポート不足を補うことができる。また、家族にとっては問題を知り、あるいは問題を予測し、問題に備える力を養う上で役に立つばかりでなく、問題の処理能力や問題への耐性も強化するなど多くの意義があり、障害の受容過程に効果的であるとされている(川俣・松岡・井上・浅見、2004)。そのため、家族心理教育が普及することは家族へのストレスの軽減に繋がるとされている。しかし、精神科病院、精神科診療所での家族心理教育の実施割合を1995年と、2001年に全国調査した結果、精神科病院では34%、36%であり、診療所ではわずか15%であった(三野・岡崎・青木・宮岡、2005)。意義が認められていながら、普及していないことがわかる。家族心理教育の幅広い普及が大きな課題として残っていることが考えられる。

### 3. 家族の心労について

岩崎(1998)の統合失調症の家族の研究から、家族は孤立した状態で患者の世話をしていることが明らかになっている。医療従事者からの情報提供や相談指導の機会が少ないことも家族の孤立感を深めており、家族は患者をどう世話をするかを自分たちだけで考えるしかない状況におかれている。そして、精神病への偏見から患者を守るため、広く援助を求めることをためらい、ほぼ孤立無援の状態では世話をしていたことが明らかになった。このような状況で、統合失調症者を、在宅で世話をする家族の情緒的負担として、知識の欠如による自責感、偏見と医療従事者からの情報不足による孤立無援感、および患者の病状や長期のケアによる荷重感が明らかになった。以前は患者本人に病名を知らせないまま治療を進めるケースも多かったが、現在は病名が変わったことで患者本人に対する告知率も高くなっている。しかし、患者の中には自分自身の病気について知らず、病識をもっていない人もいる。このような病識の低い患者の場合、患者自身が治療の必要性を感じないため通院や薬の管理などが家族に任せきりとなる。その結果、家族の介護時間は増え、社会的活動への参加の機会が失われ、精神的な負担を背負ってしまう(酒井・金吉・秋山、2002)。

平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業補助事業の調査で、「本人の病状が悪くなったときの苦勞や心配について」という問いに、「本人がいつ問題

を起こすかという恐怖心が強くなった」という回答が64.8%あり、次いで、「家族自身の精神症状・体調に不調が生じた」という回答が58.7%を占めていた。また、「仕事を休んで対応しなければならないことがあった」という回答が47.3%、「家族が身の危険を感じるが増えた」が30.9%であった。これらから、家族は大きな負担を感じていることが明らかになっている。さらに、「家族に対する相談支援は特定の家族だけではなく、家族全員に対して必要だと思うか」という問いに、79.1%の人が「思う」と回答していた。患者の病気は患者だけではなく、関わる周囲の人々にも大きく影響していると考えられ、家族への負担の大きさが窺われる。以上から精神障害者の家族は、本人と同じかそれ以上の辛い思いをしていることが考えられる。家族の支援は統合失調症患者の再発を減少させることが示されており、家族の精神的健康は患者にも重要になってくると考えられる。そのため、家族が患者を世話することによる負担について明らかにすることは意義があると考えられる。

### 4. エンパワメントについて

統合失調症の家族研究については、家族の内面を理解するといった方向性の研究が行われているが、エンパワメントや、家族のもつ希望といった肯定的側面についてはあまり研究されていない。エンパワメントとは、アメリカで1960年代に黒人問題にかかわるソーシャルワーク実践の中で生み出されたものだが、「人間が自らの問題を自らで解決し、自らの生活をコントロールする力を得て、生活に意味を発見するプロセス」あるいは、「社会的に差別を受けて抑圧され、否定的な評価を受けているため、自らの生活するパワーを失っているクライアントに対し、無力感を克服して再び生活意欲を起し、主体的に問題解決ができるようなパワーを獲得していけるように援助するプロセス」である(氏原・亀口・成田・東山・山中、1992)。菊池・岡本(2009)の研究では、肯定的な側面について、統合失調症を不幸なもの、あるいは劣等性をもったものという否定的な枠組みでとられる態度が、肯定的な枠組みでとられる視点に転じる事例は少なかったことが分かった。

家族が持つ肯定的側面を検討することは、家族が患者を支える力を考えることにもなり、家族支援を行っていくうえで必要であると言える。これにより、統合失調症の家族を心理的に支える力を、援助者が了解す

ることが可能になり、有効な援助の指針となることが期待できる（中坪、2008）。

## 目的

以上を踏まえ本研究では、統合失調症患者の家族を患者のためだけでなく、家族自身も心のケアを必要とする人であることも考慮したうえで、家族の患者と生活してきた中で体験されてきたことを聞くことにより、家族の気持ち、精神的負担、精神的健康について検討する。その中にある家族のエンパワメントや、家族のもつ肯定的側面について検討していくことで、精神障害者の家族を理解し適切な支援を行っていくため、また精神障害者を支えていくための一助としていきたい。さらに、精神障害者はまだまだ家族の力を必要とするため、家族がどのような支援を必要としているのかを聞くことにより具体的な援助のあり方を明らかにしていく。

## 方法

**調査協力者** 家族会、病院で調査協力者を募り、同意を得られた統合失調症者の母親8名、父親2名の計10名であった。参加者の年齢は50代から80代、患者の年齢は20代から50代であった。患者の性別は男性5名、女性5名であり、調査協力者と患者の年齢についての表を示す（Table 1）。

**調査時期** 2010年6月～10月。

**調査方法** 調査協力者の自宅や、公共施設の一室で、60分～120分の半構造化面接を行った。調査に協力いただける人には、プライバシーは保護されること、参加は全くの自由意志によるものであること、インタビューの際、録音することを文書にて説明し、同意を得て実施した。統合失調症者の家族が患者と接する際に感じている苦悩など、具体的な例を挙げて答える項目を作成した（Table 2）。

インタビューは半構造化面接でプライベートな内容も含まれていたため、面接では質問項目の順番を変えたり、質問の表現を変えたりすることを予定した。

## 結果

Table 2の②に「どういう過程で本人が発症したのか、その時の対応や感情について」をTable 3に示した。そして、③「現在の本人との関係について。調査協力者の患者に対する受容について」をTable 4に示した。④「調査協力者は、患者の病名を周りの人に伝

Table 1 調査協力者と患者の年齢

調査協力者の性別	調査協力者の年齢	患者からみた続柄	患者の性別	患者の年齢	発症年齢
A 女性	60代	母親	男性	20代	20代
B 女性	70代	母親	男性	40代	10代
C 女性	60代	母親	女性	40代	10代
D 女性	60代	母親	女性	40代	10代
E 女性	60代	母親	男性	30代	10代
F 女性	60代	母親	女性	40代	30代
G 男性	80代	父親	女性	40代	10代
H 男性	60代	母親	女性	20代	10代
I 女性	70代	母親	男性	40代	10代
J 女性	80代	父親	男性	50代	10代

Table 2 インタビューの質問項目

- ① 調査協力者の年齢・性別について。患者の年齢・性別について。
- ② どういう過程で患者が発症したのか、その時の対応や感情について。
- ③ 現在の患者との関係について。調査協力者の患者に対する受容について。
- ④ 調査協力者は、患者の病名を周りの人に伝えているのかどうか。もし周りに伝えてある場合、援助はあるのかどうか。
- ⑤ 患者に対する家族のサポート・家族の様子について。
- ⑥ 調査協力者が地域や病院にどんな援助を求めているか。
- ⑦ 調査協力者が健康に気をつけていること。

えているのかどうか。もし周りに伝えてある場合は援助はあるのかどうか」をTable 5で示した。⑤「患者に対する家族の中でのサポート・家族の様子について」をTable 6で示した。⑥「調査協力者が地域援助、病院にどんな援助を求めているか」をTable 7で示した。⑦「調査協力者が健康に気をつけていること」をTable 8で示した。Table 9では「親亡き後の心配ごとについて」の表を示し、Table 10では「家族会・家族心理教育で助かっていること・望むこと」についての表を示した。各A-Jは調査協力者を示す。

Table 3 どういう過程で患者が発症したか、その時の対応や感情について

A 大学に行く以外は部屋に閉じこもっていた。大きな声で部屋で独り言を言うようになり、「このPシャツはいついっしょかかっているから、着ない」、「僕は駄目な人間だから、お父さんに食べられてしまう。だから、お母さん頼むからお父さんから守ってくれ」と言い出した。これはもう医師の助けを借りなければならないと思い、私や家族でフォローできないと思えた。息子は病気でないといい、家の中を逃げた。そのため脱走を続け、父親に息子は腕をつかまれながら病院に連れて行行った。

B 好意を持っていた人にアタックしたことで学年全部から冷やかされて取捨がつかなくなりそれからおかしくなった。後から聞いた話によると、好意をもっていた人の掃りを隠れて待ち伏せしたり、色々していた。それで病院に連れていったら、家族が個々に呼び出され、医師に「生涯住りません」と言われたが現実感が無かった。また、入院はいつも親が入れているので、息子からしてみれば親に病院に入れられたと思っていると思う。

C 雪の降っているときに、ペラングで走っていた。お風呂の水が止められなくなり、水が溢れしてしまう。お味噌汁が作れなくなる。湯がからんくなっても炊いていた。また休みの時に出かけられない。連れて行った時は、「誰かに追跡されているから」と言ったり、「部屋に盗聴器が置かれているから」と言っていた。「テレビは私が映っているから、盗み撮りされているから、見た方がいい」と言っていた。病院に連れていったが、医師は病名を言わなかった。随分経過して病名を聞いた時はショックだったが病名をもっと早く知っていたら対処は違ったのと思う。

D 娘は、「雲の上を歩いているようにふわふわ歩いている」と言っていたが分からなかった。「いじめをされている」と娘が言ってきたこともあった。「私、他の人より変だから、入院させて」と言ってきたが、「入院はさせない」と言って拒否していた。カウンセリングに連れて行行ったが、病院に連れて行く。

E 中学1年生のときに、非常に厳しいいじめ、殴る蹴るというのを受けていたが、それを私に訴えてこなかった。高校1年の先生からは、「弱い、性格的に弱い部分がありますね」と言われた。友達の友達から息子にカウンセリングに行くことを勧められ提案すると、息子はカウンセリングを受け始める。息子から「カウンセリングではなく病院に行きたい」と言われ病院に連れて行く。病院では病名は告げられず、図書館で薬を調べたところ病名が分り、医師に聞くことと教えてくれた。ショックははんばではなかった。2年間友達にも恥ずかしくて言えなかった。また入院させる時には、入院に対する恐怖感があった。

F キャッチセールで高額の物を契約する。気持ち次第で、色んな所に行く。家族が耐えられないぐらい夜中に寝ない。表情が一瞬にして変化する。外の光とか音などに敏感になった。医師に家に来てもらい、脱いだてもらったが駄目だったため、睡眠剤を打ってもらい措置入院となった。入院のたびに睡眠剤を打ってもらった時は気の毒だった。

G 小学校5年生の時に、「教室の意から外ばかりみていて、勉強をしようとしなない」というのを先生から連絡があった。娘は人の話を聞こうとしない、うけつけない。色々な病院に連れて行行った。

H 反抗的になり、私が作った物でも毒入りとかんとかんと言って食べないようになり、壁をぶち破ったりする。そこに無理矢理主人と、主人の弟が車に乗せて、車に無理矢理乗せて病院に行行った。再入院する時、息子は他県にいる息子を迎えにいってもらった入院させたことがある。再入院する時は、患者はわがわからなくなるし、暴力は振るうし、私は殺されそうになるし、注射を打ってもらって、わからないようにしてもらって、そっと迎えに来てもらった。すごく可哀想だった。本人もやりたいことがあったらうに。胸が張り裂けそうに思っていた。(海外で再入院された患者から)「ひどいめにあって、個室に入れられて、胴体の方を締め上げられて、もう苦しくてたまらない。言葉は通じないし、つらくてたまらない」と電話があった。今度は私が苦しくて、こんな苦しい思いをしないといけないのかと。世の中にこんな苦しいことがあるのかと思うと胸が張り裂けそうに苦しい。入院のたびに心を痛めた。

I 高校3年生の冬休みに、それまでも様子がおかしくて、様子がおかしいと言うのは、夜は眠れていないとか、朝食食せずに飛び出して行行ったとかそういうことがあった。「お部屋もちょっと散らかっているし、片づけようか」として話をした時に、どういう反応だったか覚えて無ければおかしいと思った。最初に行った病院が、診察も無いのに、薬が出た。当然子どもは薬を飲もうとせず、病院を4から5つくらい連れて行き、カウンセリングを親で始めた。患者は続かなかったが、私だけ続いた。その間も娘の様子は伝えている。殆ど引きこもりになった。しかし、病名は2年間つかず、病名がいつの時点で、まず病名がいつ良かったのか。普通、病名を言われたら、ガクついてくると思うけど。私の場合は本当に「よく病名を付けてくれた」と思った。病名が付いたら、後は拾うことに集中したらいいんだからと思って。「今日はどうなんだろう、どうなってるんだろう」という思いをずっと2年間もしてたら、ちょっとおかしくなる。それがやっと、何に対してどうやう言っていけばいいのかが見えてきて、ある意味、喜びのようであって、暗いことまでは言わないがそんな気分だった。頑固ならんといけなない、これだから。しかし、入院させるつもりだったが、実際に閉鎖病棟をみると、連れて帰りたいなり「連れて帰りたいです」と医師に言った。

J 18歳で発病して、それで学校の先生から「お宅の息子さんには発言が理解できない場合がある」という連絡があり、病院に連れて行行った。病名はまず伝えられ、その時は大きな鉄製の玉をがんと一撃くらったような感じがした。それは、社会的偏見差別、あるいは座敷牢的な考え方があったから、そういうことになつたら大変だと。結婚もこういう症状を持っていると話に不ならんし、家族の結婚にも支障がでるんじゃないかというがまず頭に来て、これは大変だと。自分の達成できなかった思いを、患者に託して実現させることがこれであつたら難しくなつたと感じた。

Table 4 現在の患者との関係・調査協力者の患者に対する受容

A 息子の居場所を見つけるため、策略を立てて、様々な場所に繋げていく。また、息子が自分自身の病気についての情報を得られるように同じ病気の人がいる作業所などに行く機会をつくった。息子は情報を得ることができ、本当によつたかと思つた。息子が嘔吐する時は、保育園の子もみたく、「どこでこ行くか」という形で連れ出していた。発病前は叱咤激励というように接していたが、ブラスの声掛けを行うようにしている。本当のたくましが身につかないかもしれないが、今は、守られた社会の中でたくましが身につけてほしい。その後、就職するなら就職させたい。

B 私自身も病気のんで、今日一日を楽しく過ごそうということがある。息子の笑顔が見れるような話題で話をするようにする。

C 娘の趣味を大事にする。ピアノが好きなんで、ピアノが弾ける環境を作り趣味を支えている。悩みがあったら、相談のり、アドバイスをしている。今は娘に引っ張られないように気をつけながら接している

D 娘は今入院中で、一人暮らしをしたと言っているが、薬を飲むのが嫌いだから、一人暮らしをしたらきちんと薬を飲んでいるかどうかかわらなくなるのが心配。娘には社会性もなく、結婚願望がまだあり、夢見がちで、そのため家を飛び出したりする。娘は病院から外出したかったのができなかった時に、暴れた。これが家で起こっていたらどうなつたのか心配になる。夜帰ってこないから、犯罪に巻き込まれていないのか、もしくは犯罪を犯していないか心配になってしまう。そういうことで不安をいっぱいかけて、考え方が子どもっぽい。しかし、このまま病院で一生を過ごすことは可哀想なので病院から出してあげたいのが心配が多い。いつも抱えている不安である。私は主婦業だったのできちんと育てるべきだったと思う。育て方が影響していると思う。

E 息子の趣味を大事にする。月一回に絵を習っている。絵の先生がこの病気を理解してくれているので続けることができていく。

F 今は娘と料理を作ったりしている。ここまで来るのに20年間かかった。子どもっぽいところが大人なんだけど、少しちがうんだなと思っている。年間を通して、体調の波がある。起きられないとか、意欲が無くなるという波があり、一緒に暮らすことで、起きられない時はしんどいのかと思う。そこそそしている時は元気なのかと思う。全く物事ができない訳ではないから、それでゆっくりと暮らしたいければいいのではないかと思う。

G 娘は調子がいい時期があり、半年もつという方。何かのきっかけで悪くなつたりする。私が亡くなった時は考えないようにして、よくよしないように気をつけている。患者は年金をもらい社会的恩恵を受けているのに、役に立たない子になってしまつて世間に対して申し訳ない気持ちでいっぱい。息子は根が優しい子でいい子である。最近、誕生日だったのを祝ってもらった。

H 娘は自分が病気であることを認識したようで、デイケアや作業所に行くようになって、娘はどんなでもい病気に当ててしまったということも思っている。怒りが私に向きで、この怒りは本当に凄かった。怒りが凄く時は距離を取るよう工夫し、娘とも約束事を作っていた。定年までもう少しだったので、仕事を辞めて患者を見る時間が長くなり、しっかり観察できるといふことで辞めた。それなら最近娘は落ち着いてきた。

I 18歳で発病して、それで学校の先生から「お宅の息子さんには発言が理解できない場合がある」という連絡があり、病院に連れて行行った。病名はまず伝えられ、その時は大きな鉄製の玉をがんと一撃くらったような感じがした。それは、社会的偏見差別、あるいは座敷牢的な考え方があったから、そういうことになつたら大変だと。結婚もこういう症状を持っていると話に不ならんし、家族の結婚にも支障がでるんじゃないかというのがまず頭に来て、これは大変だと。自分の達成できなかった思いを、患者に託して実現させることがこれであつたら難しくなつたと感じた。

Table 5 調査協力者は、患者の病名を周りの人に伝えているのかどうかもし周りに伝えている場合は援助はあるのかどうか

A 地域で活動をやっているんで、一週間に一回顔を合わせる人には、息子がちらちら見るといふこともあるので、一応「メンタルクリニックにかかって、大学は理解していない」といふことを言ってる。私としては、「もし町中、近所で私の知らない所で息子が変なことをしていたら言ってくれ」といふことを言っている。やはり、なかなか自分の家族が精神疾患だと言うことができない。言わないから、他の人も分らない。偏見がまだまだあるため、知っている人に「子どもさんは最近はどうなの？」と聞かれると深く困る。

B 私からではないが、息子が学校の先生などには病名を言っていたようだった。息子の住んでいる場所が分らない時に、友達に連絡すると、息子の居場所を教えてもらえる時がある。

C 親の私でも理解するのに時間がかつたのに、周りの人は理解は難しいと思う。

D 私の性格が元々オープンであるため、病院で、患者さんや患者さんのお母さんから、「ちょっとお話しさせてもらっていいですか」と話しかけられる。近所では、近所の人が同情してくる。本来なら、息子が叫んだりしていたら、近所の方が心配してくるけど、通報することもあるかもしれないのに、そういうことは無い。私に非常に同情してくれて、理解のある近所の方の存在が思う。

E 娘の兄弟の結婚した相手には言っている。また結婚した家族の方にも言っている。

F 特別な扱いもなく、私もそのように思っていないので、近所で親しい人だけに娘の病気について言えて、その人達から「最近どうなの」という声かけしてくれる。

G 近所の人には言っている。患者が再入院する時に、「また調子が悪くなって」と言っている。この病気は遺伝でもなく、たまたまそういう子が家族にいるということだから周りにしては隠すことでは無いと思う。

H 私が話ができる人に病気について話をすると、「実は私の周りにも病気の人がいる」という話を聞く。やっぱり多いのだと思うが、なかなか周りに言えない。親戚には簡単に話をしており、病気になるまで可哀想だと思われている。でも実際に親戚に会わせないから、病気について分らないと思うが、それはしょうがないと思っている。特に会わせたいとも思わない。

Table 6 患者に対する家族の中でのサポート・家族の様子について

A	私は、息子の兄弟に話を聞いてもらってアドバイスをもらっている。息子の要望を汲み兄弟と一緒に行動してくれる。父親には、「病気の本とか読んで」と言うが読まない。また「自分の子どもが病気になるはずがない。」と言っている。病院には初めに1度ついでにきただけである。
B	「勉強だけはしときなさい」と、父親が娘に言っていたが、病気を理解していなかった。娘の兄弟が他県に住んでいるが、再入院した時に一緒に入院の準備のために駆けつけてくれた。
C	娘の兄弟から、「ここに行こう」と娘に誘いがある。父親は子育てに関わる人ではなかった。家族のためと考えて家族は離れて暮らして娘と私が一緒に住んでいる。
D	父親から、「今病気になるのは、甘やかして育てたからだ」と言われた。娘の兄弟には今は子育てで集中して欲しいので娘の相談などしていないが、いつか将来のことを相談しないといけないと考えている。
E	兄弟の家族、祖父母が住んでいるが、穏やかな家族形態ではない。皆一同がこの病気を理解していない。
F	母親が死ぬまでは母親が主に面倒をみており、私は仕事に必死だったので、娘のことは母親に任せていた。兄弟はバラバラの県にいかせて、お互いが寄り添わないようにした。娘は、他の兄弟が近くにいたら、働いている姿などを見ることで、ひがんでしまう。他の兄弟からしてみたら、私が娘に接しているのを見ると、他の娘たちとは接し方がやはり違うので、子ども達を平均的に扱えなくなるからならばらにした。また近くに娘がいることで、兄弟に結婚の影響がある可能性もあり、兄弟が娘の面倒をみるようになる可能性もあるので、兄弟は兄弟の人生を歩ませるためならばらに住ませた。兄弟が帰ってくる時は、娘が病院から帰ってくる時期をずらしている。
G	父親が生きていたときには父親が息子の行き先についていたりしていた。兄弟との関係はあまりなく、息子が兄弟と比較して「兄弟は幸せになって、僕はなんでこうなんだ。」と言う。

Table 7 調査協力者が地域援助、病院にどんな援助を求めているか

A	息子がやりたいけど、一人ではできないことを援助して欲しい。もっときめこまやかな支援サービスが欲しい。
B	地域の方が集まれる所がもっと欲しい。一人一人に介護士を付けている病院がもっと多く欲しい。医者が家庭に来て欲してくれるようなシステムがあったらいいと思う。
C	病気になる最初が重要なため、どこに行けばいいとか、色々教えてくれる場所が必要。家族はずっと不安を抱えているため、カウンセリングなど先生とゆっくり話ができた時は安心して、ゆっくり話せる機会を作って欲しい。
D	もう少し患者と家族に前向きに、治療・病院を転院することの話し合いを家族と濃厚に行って欲しい。患者にとって家族と病院以外のワンクッションを置けるような場所が欲しい。
E	病気と同じように困ったときは救急車で連れて行って欲しい。また普通に一般の病気と同じように普通に取られるような状況にして欲しい。怪我をしても一般病棟に入ることができないので、普通に一般病棟に入れるようにして欲しい。精神科に初診した時に、家族会などの情報を言ってくれていると助かる。教育現場に働きかける学校の先生と連携を取るようになって早めに患者に治療を繋げられるようにすること。本人だけ診察するのでは不都合な所を家族だけにしか見せず、医師に見せる顔をかえる場合もあるため、家族も治療者の一員として使って欲しい。
F	患者を見守れるような、社会の構造を作って患者自身で自活できるようにしていく。保護室は本当にひどいので改善して欲しい。病気を知らなくてももう少し病気が一般的になって欲しい。病院の医師や看護師の体制、病院施設についても一般の病気と同じようになって欲しい。患者の退院後について、仕事・就職のハードルが高いためちゃんと働いてもらうという国の体制を作って欲しい。病気の入達が生まれてきてよかったというような、いい人生を歩む、そういう仕事が出来たり、生活を望む。
G	緊急時の交通手段に問題があり、患者に大変な症状が出た場合は、病院が対応してくれるような体制を整備して欲しい。福祉施設で一番大事なのは国の施設の問題であるため、法律を作って精神障害者が地域の中で暮らしていけるような環境を整えて欲しい。

Table 8 調査協力者が健康に気をつけていること

A	落語、コーラスを行っている。
B	水泳を4年続けている。孫のことでいいことがあると嬉しい。
C	体操を行なってリフレッシュする。
D	息子に嘘を付いて自分の時間を作り、一人で喫茶店に入ったりする。病院で知り合った非常に気の合う家族の方とお互いに色んなことをする。友人で、この病気に理解のある人からお茶に誘われたら行く。
E	ストレスは溜めない。問題を解決するために、ある程度手順は踏み、情報を得ることで自分を納得させ整理を行う。それが済んだら、解決したことなので考えない。覚えることが悪いということが一番健康にいい。
F	息抜きのために、大正琴を買っていた。カラオケにも行っていた。

Table 9 親亡き後の心配ごと

A	去年くらいに「お母さんが死んだら俺も死ぬ。2、3日したら死のうかな。」と言われた時に、つい「それもいいかもね」と息子に言った。それは、バランスが崩れて犯罪を犯すことになったら心配だから。普段押さえこんでいる部分が出るかもしれない。躁になったら動きが活発になり県外に出掛れたりする。躁になっている時は、薬を飲まなくなる。そのため息子には内緒で食事の中に薬をいれていた。それが2ヶ月、3ヶ月くらい続いた。私がいなくなれば薬を飲ませる人がいなくなってしまう。
B	家族会のメンバーが平均が73歳くらい。皆さん高齢のため子どもの今後の気になる。国は何もやってはくれない。
C	私が死んだら息子はどうなるのか心配になる。心配しても仕方無いが、心配なので、地域センターに相談に行ったりしている。
D	親亡き後、子どもがどうやって生きていくのだろうかと懸念しながら亡くなっていった人が多い。私も後何年元気でいられるかわからない。子どもをこのまま残していったら子どもはどういう生活をするのかと思う。息子を残して置いて死んで行くためには、国のやり方をどうにかしてもらわないと困るというのが問題になる。その都度、最後に出てくる結論が暮れてなお道連れとなる。現状では安心して息子を後に残しておくわけにはいかない。入院一つを取り上げても、身体・知的は重度障害の制度があり、入院の経費はほとんど負担しなくていいことになっている。精神障害はそれは無く、3割負担で、国の補助はあるが決して十分ではない。

Table 10 家族会もしくは家族心理教育で助かっていること・望むこと

A	すぐに家族会に入って同じ悩みを持つ人と繋がりたいと思った。一人では戦えないと思ったから。
B	病気を抱えた家族の会だからこそ深く話しあえる。
C	早く家族会に入っておけば良かったと思う。家族会に入る前は、一人でひたすら耐えてきて、今は家族会のおかげで随分変わった。私だけではない、みんな通ってきたんだ、こんなにいるんだってと思えたから楽になった。自分では病気について勉強をしないから家族会で勉強になった。家族会の会長さんに「患者に振り回されないで、引っぱられたら駄目よ」とアドバイスをもらって気を付けるようになった。
D	ロールプレイを行い、娘と親の立場になり、気持ちを考える練習をしている。親の気持ちなら分かるが、娘の気持ちがわからない、相手の立場にたって考えることは難しいということが分かった。これは私の今後の課題である。
E	家族会では勉強させてもらっている。経験者から「あそこの先生は駄目よとか、あそこの先生はいいよ、よく聞かれる、こういうことがあるよ」と聞く。相談すると「もうちょっと待たせたらこうなるよ」とか言ってくれるため、情報網が大きい。気持ちも楽になる。家族会に早く入っていたら早く病気のことが分かったような気がする。
F	家族会から作業所のようなものを作り、精神障害者が働ける所、仕事ができるようにすることを考えていた。デイケアでは、その人の力にあった訓練をさせるべきである。
G	家族会には前から入っていた。最近は調子が悪くて行けていないが、今回は親亡き後の話だったため、自分が死んだ後が気になるので家族会に行った。
H	これら先こういう病気のため病気への理解がスムーズになればいいと思い、教育の問題とか早期発見のところに私の経験が活かせることができた方がいいなという思いもあり家族会に入っているものもある。
I	家族会は、話し合いの中で絶えず感じることは、親亡き後の問題で憂いなく死んで行くためにはどういう組織としてもわからないといけないが、国のやり方をどうい風によってもらわないと困るということがいつも問題になる。

## 考 察

### 1. 家族会について

Table10より、家族は、家族会に参加することで、「自分だけではなかった」と孤立感から解放され、元気を取り戻し、こころが救われると感じていることが分かる。また家族会が、自分を受け入れてくれる肯定的なものとなっていることが明らかになった。体験者からの知恵や情報を得ることで、「生きた言葉として入ってくる」、「病気について勉強することができる」という体験を多くの人がしていた。体験した人の言葉は、家族が自分の中に取り込みやすいことが分かった。体験者の知恵や情報を得ることにより家族にとって精神的健康が増加し、同時に支援する力を得ていると考えられる。

家族会に入るまでは、「一人で頑張ってきた」と言う人や「早くから家族会などの情報を教えて欲しかった」と言う人がいた。家族会に入るまでの家族の心労は大きく、1人で問題を抱え込むため、精神的健康は低いと考えられる。しかし、家族会にたどり着いたところでやっと受容・共感してもらうことにより、少しこころのゆとりが生まれ、自分に向き合って生きる力が出てくることが考えられる。このことから、早期に支援を受けるために、家族会の情報を取得できるようにすることは大切だと考えられる。また同時に、家族会に参加することで、患者と距離が取れるようになり、自分のために時間を過ごすことができ、患者とよりよい関係を築けるようになっていくことが考えられる。

### 2. 調査協力者の性の違いからくる関心の違いについて

Table 7より、調査協力者が父親か母親かで、求めている支援が異なる傾向があることが示唆された。父親は、国の政策について・デイケアの向上について・患者の就労について・精神障害者が働ける施設を作ることなどに力を入れるなど、社会的な視点からの支援をと考えていた。母親は、普段の過ごし方・居場所の確保、趣味を生かす工夫、という意見が多く、患者の生活場面の支援を考えていた。

Table 6の家族関係より、母親の発言からは、父親に対する不満が感じられた。「父親に対して病気の本を読むように頼んでも読まない」と言われていた人や、家族と一緒に住んでいたにも関わらず、「一人でひたすら耐えていた」と言う人や、「父親は子育てに参加しなかった」と言われていて、父親があまり積極的に患者と関わっておらず、母親の不満が溜まっているこ

とが考えられた。父親と子どもとの関わり方が、母親の求める関わり方ではなく、また、病気の理解も低く感じられて、母親の不満が高まったと考えられる。父親から、「今病気になっているのは、甘やかして育てたからだ」と言われたという人もいた。このことから家族の中で起こる、患者への支援や考え方の違いがストレスを増大させてしまうのではないかと推察される。

菊池・岡本(2009)の研究で、患者へのケア以外で子どもと距離をとろうとするやり方には性差があることが明らかになっている。「仕事に打ち込む」という発言はすべて父親であり、父親は子どもの発病初期にはケア場面から撤退する傾向があることが指摘されている。長山(1994)は、父親は経済的に家族を支える役割を担うことが重要な責務となりやすく、父親のケアへの関与は限定されがちであること、父親は退職後、ケア場面に加わる人が多いと述べている。父親の初期のケア場面からの撤退が、母親の負担の増大につながるものが問題として指摘できる。しかし一方で仕事に打ち込むことが経済役割を担う父親なりの心身のバランスをとろうとする重要な作業となっているとも言える。

### 3. 医師の病名の告知について

医師から病名をはっきり言われなかったという家族がいた。医師は、病名を告げることが良い方向に繋がらないのであれば、家族に病名を告げないということもある。しかし、家族は病名が告げられないことで困っており、十分な説明がなく不満を感じていることが分かった。病名が告げられないことで、病気を悪化させたのではないかと、自身の対処に後悔し、病名もしくは対処法を知っていればもう少し良い対処ができたのではないかと、自分を責め続け、そのために、精神的健康が損なわれていると考えることもできる。病気への対処法などのフォローを行うことは、家族の精神的健康を保つことに繋がると考える。

今回、実施した調査の中で、一人の方が、医師との信頼関係ができていたことを語られた。その内容から、信頼できる医師の存在に、家族は患者を支える力を得ていることがわかった。家族に頼れる医師がいるということは、家族の精神的健康を高めるのではないかと考えられた。

### 4. 病名の診断が病院によって異なる場合について

Table 3より、精神科を受診しても異常を指摘されな

い、医療機関に恵まれないということがあり、推定発病時期から統合失調症と診断がつくまでに数年かかった患者がいた。そのため家族は、いろいろな病院を転々としていた。今回の調査の中で、「診察をせずに薬が出た病院があった」という話や、専門機関に関わりながらも、未治療の期間が長くなってしまったということも聴かされた。このような状況で、患者が早期に適切な治療を受けられず、家族は症状が定まらないことで振り回され、病院を転々としたことで心労をより大きくしていることが明らかになった。また、患者は病院ではいいところしか見せず、家族が生活の中で気づくという場合があるため、早期治療のためには、家族を治療協力者の一員とすることは大切だと考える。

#### 5. 調査協力者が地域援助、病院にどんな援助を求めているかについて

Table 7より、家族は、本人の希望にそった個別支援体制の確立、本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービス、利用者中心の医療の実現、家族に対して適切な情報提供がされること、家族自身の身体的・精神的健康の保障というニーズを持っていることが明らかになった。今回の調査で丁寧な話を聴くことで、同じようなニーズであっても、家族状況、病院との関係、統合失調症の症状の違いなどに伴った、きめ細かなサービスを必要としていることが明らかとなった。

協力者の母親の中に、自分自身の責任で子どもが病気になったと思っている人がいた。また、患者である子どもを残しては、死んでも死に切れないと思っているようで、まさに身を切られるようなつらさがにじみ出していた。早期発見、早期治療が叫ばれてはいるが、この病気は見た目には分かりにくいいため、本人、家族には分かりにくい。家族は、出遅れたと嘆いておられ、罪悪感や罪責感を抱いていた。病気に対して、「発病時期に今現在のような情報が入っていれば重症になることはなかったのではないか」という発言が多く聴かれ、家族が早期に情報を手に入れることは難しいことが明らかになった。この問題を解決するには、家族に対する病気の啓蒙を早期に行い、患者への接し方や家族自身のとるべき態度についての助言を行う必要がある。

#### 6. 親なき後について

今回、調査協力者の年齢が高かったため、親なき後について心配される声が多く聴かれた。親なき後、子

どもがどうやって生きていくのかを懸念していた。解決するためには、一つに知的障害、身体障害と同じような精神障害者の法律が作られることが必要となる。

高森(2010)は、家族の人が今できることを少しずつしておくことも必要であり、患者であっても、一人暮らしをしている人は大勢いるが、親なき後を心配するあまり不安を煽るだけではマイナスであると述べている。その思いのエネルギーを、親ある今、前向きな方向に使い、本人たちの力を信じて子離れする自分が大切であるとしている。患者には金銭管理、困ったときに人に助けを求められることの2つを学んでもらうことが大切であると述べている。

親亡き後について考える研究はほとんどされていなかった。しかし、今回の親亡き後の心配を考えると、家族を支援していくうえで重要になると考えられる。そのため、今後親亡き後について研究していきたい。

#### 7. 肯定的側面・エンパワメント

家族が、統合失調症を肯定的に捉えている点について検討したところ、家族とのやり取りの中で子どもっぽさを面白くみている、子どもに誕生日を祝ってもらったなど温かいエピソードが出てきた。子どもの面倒をみることを喜ぶ一面があること、話し相手がいること、家族が、ある意味子どもに育てられたと感じているなど、病気の悪いところだけを見るのではなく良い面に着目する視点を有していることが示唆されたが、肯定的に捉えている例は少なく、統合失調症を肯定的に捉えることの難しさが窺える。今後、肯定的に捉えている家族と肯定的な面が無い家族を比較して治療の影響の有無をより詳細に検討していく必要もある。

そして、様々な壁にぶつかりながらも、家族会などで情報を取り入れながら少しずつ気持ちの安定を手に入れることは家族のエンパワメントになっていると考える。患者と一緒に生活する中で、薬を飲まない患者にどのようにして薬を飲ませるかという工夫、外に出て行かない、対人関係が上手でない患者を外に繋げていく方法など、身近な人だからこそできる生活の知恵を持っている。岩崎(1998)より、家族は効果がありそうなケアを自分たちの過去の体験の中から考えだしては試み、失敗したらまた別の方法を試みるというように試行錯誤を繰り返しながら、患者へのケア技術を獲得していると考えられる。家族は困難な状況を乗り越える過程を通して、柔軟で前向きに事態を認識できる力量を培っていると考えられている。

## 8. 調査対象について

本研究の限界として、本調査は少人数の対象者から得られたものであることが指摘できる。しかし、得られたデータはとても貴重なものであった。特に調査協力者の熱意は、日頃日の当たりにくい患者家族にとって、発言の場を与えられることにより、大いに気持ちを発散できたのではないと思われる。抱える大変さ、苦悩を持ちながら、家族会・医師と連携している家族の人をみるにつけ、その力強さ、健康さに感銘を受けざるを得なかった。

## 引用文献

- American Psychiatric Association (2000). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. (高橋三朗・大野 裕・染矢俊幸 (訳) (2002). *DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引* 新訂版 医学書院 pp.125-126.)
- 岩崎弥生 (1998). 精神病患者の家族の情緒負担と対処方法 千葉大学看護学部紀要、20, 29-40.
- 川俣香織・松岡治子・井上ふじ子・浅見隆康 (2004). 統合失調症の母親が家族を対象とした心理教育への参加するまでの過程 群馬保健学紀要、25, 175-181.
- 菊池由莉・岡本祐子 (2009). 統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の検討 広島大学心理学研究、9, 217-227.
- 厚生労働省 (2005). 患者調査 2005年10月 <[http://www.perf.fukushima.jp/seisinsenta/column/H17patients\\_summary.html](http://www.perf.fukushima.jp/seisinsenta/column/H17patients_summary.html)> (2010年1月6日)
- 厚生労働省 (2008). 患者調査 2008年10月 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/suihyo18.html#03>> (2011年2月1日)
- 三野善央・岡崎裕士・青木省三・宮岡等 (編) (2005). こころの科学日本評論社 p. 93.
- 特定非営利活動法人全国精神保健福祉連合会 (2010). みんなねっと2010年3月 <<http://seishinhoken.jp/research/report2009>> (2010年9月9日)
- 長山晃子 (1994). 障害者への家族の関わり方—父親を中心に— 石原邦雄 (編) 精神障害者を世話する家族の歩みと思い東都大ライフヒストリー研究報告書 pp.55-60.
- 中坪太久朗 (2008). 統合失調症の家族研究の展望 東京大学大学院教育研究紀要、48, 203-211.
- 野末浩之 (2007). こころ・からだ・くらし—精神障害の理解と地域生活支援— 萌文社 p. 50.
- 重橋のぞみ (2009). 大学生の精神障害者に対するイメージに関する研究 福岡学院大学大学院人文科学研究科「臨床心理学」紀要、6, 43-52.
- 酒井佳永・金 吉晴・秋山剛他 (2002). 精神分裂患者の家族の負担に関する研究—患者の病識と家族の精神疾患への認識と関連— 精神医学、44, 1087-1094.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. (中井久夫・宮崎隆吉・高木敬三・鎌幹八朗 (訳) (1990). 精神医学は対人関係論であるみすず書房 pp.352-353.)
- 高森信子 (2010). 親なき後を考える 岡崎祐士 (編) 本人・家族のための統合失調症とのつきあい方 日本評論社 p. 45.
- 田中悟朗・稲富宏之・太田保之 (1998). 慢性精神障害者と地域医療—精神分裂病患者を抱える家族を中心に— 長崎大学公開講座業書、10, 91-96.
- 氏原 寛・亀口憲治・成田善弘・東山紘久・山中康裕 (1992). 心理臨床大事典培風館 p. 1134.